**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATÓW NA ASYSTENTÓW**

**do projektu „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 3. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” FEDS.07.07-IP.02-0089/23**

**Nr identyfikacyjny: ………………….**

(*nr nadaje Beneficjent*)

**Data wpływu:** ……………………………

**I. DANE OSOBOWE KANDYDATA**

**\*(właściwą odpowiedź należy zaznaczyć)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane kandydata** | Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  |
| Obywatelstwo |  |
| Wykształcenie\* | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0),
* Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1),
* Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2),
* Gimnazjalne (ISCED 2),
* Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3),
* Policealne (ISCED 4),
* Wyższe (ISCED 5-8).
 |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status osoby** **na rynku pracy \*** | 1. Osoba bezrobotna
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | * + 1. w tym osoba zarejestrowana w PUP
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | * + 1. w tym osoba długotrwale bezrobotna
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | 1. Osoba bierna zawodowo
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | * + 1. w tym osoba ucząca się
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | * + 1. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | 1. Osoba pracująca
 | * Tak
 | * Nie
 |

**II. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu projektu wraz z załącznikami „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 3. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) ora Klauzulą Informacyjną Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 4 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
3. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji i Regulaminie realizacji usług asystenckich w projekcie „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 3. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
4. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………………… …………………………………………………………………

*Miejscowość, data podpis*

Załączniki do Formularza Rekrutacyjnego

*Zał. 1 Oświadczenie AOON*